

Gezielte Absenkung der Erlöse von 6 orthopädischen Fallpauschalen – drohen wirklich Qualitätsverluste?

Gefährdet eine seit letztem Jahr erfolgte Verringerung der Erlöse von Kliniken bei einigen orthopädischen DRG-Ziffern die Qualität der Versorgung? Die Fachgesellschaften von O & U warnten davor.

Die Formulierungen auf dem letzten DKOU reichten von „unhaltbar“ bis „böseartig“. Just die orthopädisch-unfallchirurgischen Abteilungen in Krankenhäusern müssen seit Anfang 2017 weniger Erlöse bei 6 Eingriffen verbuchen. Darunter sind Implantationen von Endoprothesen der Hüfte bei Arthrose, Wirbelsäulenoperationen und 2 konservative Behandlungen an der Wirbelsäule.

Das schlug Wellen. Für die Patienten werde dabei nichts Gutes herauskommen, kommentierte Professorin Andrea Meurer von der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt am Main vor Journalisten auf dem DKOU Ende Oktober 2017. Die Kliniken müssten sparen. Meurer: „Das geht am Ende zu Lasten der Qualität der Versorgung.“

Auch Karl-Dieter Heller, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Braunschweig des Herzogin Elisabeth Hospitals betont im nachfolgenden ZFOU-Interview die Risiken, die solche Entwicklungen für eine hochwertige Versorgung nach sich ziehen könnten. Heller sieht nach wie vor mögliche Effekte solcher Einsparungen bis hin zur Wahl der verwendeten Implantate (*siehe das Interview Heller ab Seite 134*).

Trotzdem, ein gutes Jahr nach Start der Absenkungen stellt sich das Geschehen nicht wirklich dramatisch dar. Auch Heller stellt klar: Die Abschläge seien zum Glück seither zum Teil über andere Effekte kompensiert worden. So stünden Mindererlösen bei Eingriffen, die in einem Klinikum hohe Sachkosten verursachen, Mehrerlösen bei personalintensiven Fächern gegenüber. Über die Gesamtklinik betrachtet, könne das einen Verlust klinikübergreifend unter Umständen wieder kompensieren. Damit verweist der Experte auf einen

2. Eingriff in die Kostenkalkulation und damit die Erlöslage von Kliniken, der seit Anfang 2017 erfolgte.

Was war geschehen?

Jährlich neue Abschläge und Zuschläge bei ihren Erlösen sind kein Novum für Krankenhäuser. Neu war allerdings 2016, dass es erstmals einen Zugriff direkt in ausgewählte einzelne Leistungen eines Fachbereichs gab, in solche der Orthopädie. Bis dato folgten regelmäßige Anpassungen fachübergreifenden Spielregeln.

Exakt kalkulierbare Erlöse für ein Jahr

Das deutsche („German“) G-DRG-System ordnet bekanntlich jeden Patienten im Krankenhaus in eine Fallgruppe ein, eine Diagnosis-related Group, DRG. Sei es Kassen- oder Privatpatient: Die Zuordnung zu einer DRG leisten in der Praxis zertifizierte Computerprogramme, Grouper-Software, in die im Krankenhaus heute oft eigene Codierkräfte am Ende der Behandlung die nach den internationalen Krankheitsdefinitionen ICD10 verschlüsselten Daten der Diagnose(n) nebst den sogenannten OPS-Angaben (Operationen und Prozedurenschlüssel) eingeben. In den konkreten Erlös, die Fallpauschale, gehen weitere Parameter ein, etwa die Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus, sein Alter.

Der Katalog an DRGs ist nicht fix, er wird jedes Jahr von einem eigens dafür zuständigen Institut überarbeitet. Die zentrale Rolle bei diesen Kalkulationen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das InEK in Siegburg, eingerichtet von den „Partnern der Selbstverwaltung“. In diesem Fall sind das der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privatversicherungen, PKV, und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG (<http://www.g-drg.de/>).

Für das Jahr 2018 hat das InEK 1292 DRGs festgelegt. Ein Beispiel: Die Ziffer I47C steht für „Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrorese. Alter über 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff.“ Es ist vereinfacht die Implantation einer Endoprothese an der Hüfte, weil der Patient aufgrund einer schweren Arthrose kaum noch laufen kann. Diese Ziffer wurde Anfang 2017 neu kreiert, aus der bis dato umfassenden Fallpauschale für die Hüftendoprothetik aufgrund von Fraktur oder Arthrose herausgelöst. Eine Ziffer I47B steht seither für die Endoprothetik an der Hüfte aufgrund einer Fraktur.

Welche Erlöse in den einzelnen DRGs möglich ist, kalkuliert das InEK kalkuliert jährlich neu. Dafür analysiert das Institut, wie sich die Kosten in jeder DRG im Vorjahr entwickelt haben. Das Rechenverfahren gewichtet dabei die Personal-, Sach- und Investitionskosten in einer jeden DRG unterschiedlich, kombiniert sie am Ende aber neu für die Aktualisierung der Bewertungsrelation für den jeweiligen Fall (*Weitere Infos zur Art der Berechnung etwa hier: <https://reimbursement.institute/wp-content/uploads/Berechnung-BWR-bislang.png>*). Alle diese Angaben veröffentlicht das InEK im jährlich aktualisierten Fallpauschen-Katalog.

Die Bewertungsrelation ist für jede DRG ein zentraler Multiplikator für die Kalkulation der Fallpauschale. Mit ihr wird ein ebenfalls jährlich neu angepasster Durchschnittswert für einen theoretisch kalkulierten durchschnittlichen Patientenbehandlungsfall multipliziert, was den Erlös für alle derartigen Fälle festlegt. 2017 lagen die Werte der Bewertungsrelationen zwischen 0,151 und 61,892. Je höher, desto aufwendiger die Behandlung, desto höher der Ertrag für ein Krankenhaus.

Den Basisfallwert wiederum variieren die „Vertragspartner“, alias Kassen und Krankenhausgesellschaften, bis Ende November in jedem Bundesland neu; nach wie vor gibt es keinen einheitlichen Basisfallwert, vielmehr einen für jedes

Bundesland extra. Diese Landesbasisfallwerte schwankten 2017 zwischen 3341,67 Euro (Sachsen, Thüringen) und 3530,50 Euro (Rheinland-Pfalz). Die Werte bewegen sich in einem engen Korridor von +2,5 und -1,25 um den Bundesbasiswert.

Am Beispiel der Ziffer I47C – für sie gab es in 2017 bei Einsatz eines Belegoperators die Bewertungsrelation von 2,005. Für eine Klinik in Hessen wären damit 3353,86 Euro aus dem Landesbasisfallwert mit dem Faktor 2,005 zu multiplizieren, macht am Ende 6733,5 Euro an Erlös. Die Beträge differieren je nach Schwere von Begleiterkrankungen, Verweildauer, und je nach Bundesland etwas nach oben und unten.

Der Basisfallwert wird obendrein jährlich um eine Art Inflationsausgleich angepasst. Für das nächste Jahr steigt er gegenüber 2017 um 2,97 Prozent.

Unterschiedliche Effekte auf Erlöse

Die Effekte dieser Kalkulationen, ein großes Feedbacksystem, sind über Jahre hinweg bei verschiedenen DRG sehr unterschiedlich gewesen. Bewertungsrelation und Erlöse steigen etwa bei der I47B seit vielen Jahren konstant und weitgehend parallel an. Bei der I45B, der Implantation einer Bandscheibenprothese über weniger als 2 Segmente, sind die Erlöse kaum gestiegen, denn die Bewertungsrelationen sind seit Jahren deutlich gesunken.

Die Ansichten zum DRG-System sind bis heute divergent. Transparenz und Wirtschaftlichkeit haben durch die Einführung des DRG-Systems in Krankenhäusern zugenommen, bilanzierte das Bundesgesundheitsministerium Ende 2017.

Die jährliche Anpassung der Abrechnungsziffern, getriggert von den Kalkulationen des InEK, bietet Fortschritte bei der Transparenz, meinte etwa auch Professor Thomas Auhuber von der DGUV Hochschule in Berlin auf dem letzten Jahreskongress der Orthopäden und Unfallchirurgen in Berlin, dem DKOU. Auhuber nannte als Positivbeispiel für die zunehmende Feinjust-

tierung des Systems, dass es seit Neuestem gar Zuschläge durch neue Abrechnungsmöglichkeiten für Pflegeleistungen gibt. Auhuber: „Wir können seit letztem Jahr auch Pflegegrade erfassen, die werden unmittelbar entgeltrelevant. Da tut uns das System etwas Gutes.“

Kalkulationen nicht öffentlich

Auf der anderen Seite sind die konkreten Berechnungen des InEK nicht öffentlich. Das betrifft auch und gerade die jährliche Kostenkalkulation, die Grundlage für die Einnahmen der Kliniken in Zukunft. Selbst Experten haben keinen Zugang.

Auch gegenüber Medienanfragen gibt sich das am Ende aus Versichertenbeiträgen finanzierte Institut seltsam zugeknöpft, es gibt keine Pressestelle und ansonsten generell auch wenig Zeit: „Wir bitten um Ihr Verständnis.“

Das führt zu Informationslücken, die mittlerweile auch privatwirtschaftliche Unternehmen füllen wollen. Im ZfOU-Gespräch erläutert eine Mitarbeiterin des Kölner Reimbursement Institute einige Details des Systems (siehe das Interview Giebler ab Seite 136).

Unklar bleibt bis heute vor allem die Frage nach der **Repräsentativität der Stichprobe der Kostenkalkulation** und damit einer Grundlage des gesamten Systems. Denn die Daten dafür kommen nicht von allen Krankenhäusern, nur von einer Auswahl, die lange allein auf freiwilliger Mitarbeit beruhte. Bis 2016 machten rund 200 Kliniken bei der Kostenerhebung rein freiwillig mit. Ende 2016 machte das InEK allerdings erstmals von der im Krankenhausstrukturgesetz festgeschriebenen Möglichkeit Gebrauch, Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation zu verpflichten. Es bestimmte per Verlosung 40 weitere Krankenhäuser. Letztes Jahr kamen 20 weitere Kliniken dazu. Indiz dafür, dass das Institut selber die Repräsentativität der Stichprobe für ausbaufähig hält.

Und am Ende befeuert eine womöglich ganz ungewollte Intransparenz den Dauerstreit um das liebe Geld indirekt mit. Die

letzte große Änderung an den Erlösen im DRG-System brachte das Krankenhausstrukturgesetz, gültig seit 2016. Nicht eine, sondern 3 Neuregelungen sorgten für Eingriffe in die Erlös- und Kalkulationsstrukturen.

Fixkostendegressionsabschlag

Selbst wenn Patienten ihnen die Türe einrennen sollten – Kliniken können ihre Erlöse im DRG-System nicht eins zu eins durch maximal viele behandelte Patienten steigern. Bei steigenden Kosten mit einer Mengenausweitung zu reagieren, führt nicht unbegrenzt zu Mehreinnahmen. Seit 2017 werden die erwarteten Fallzahlen in jährlichen Budgetverhandlungen jeder Klinik mit den Vertretern der Krankenkassen ausgehandelt. Für jede DRG legt sich das Haus damit auf eine Zahl an Patienten fest, die es im kommenden Jahr erwartet. Weicht die Zahl der Patienten hingegen im Folgejahr tatsächlich nach unten oder oben ab, kann ein Haus von den Einnahmen für Fälle, die es gar nicht abgearbeitet hat, trotzdem 35 Prozent behalten, darf andererseits bei allen Fällen über der vereinbarten Menge ebenfalls nur 35 Prozent behalten. Erst nach 3 Jahren wiederum kann ein Krankenhaus versuchen, in den Verhandlungen eine generell höhere Fallmenge als Standard bei voller Vergütung durchzusetzen. Die Regelung gilt zunächst für die Jahre 2017 bis 2019. Ein Hauptkalkül dahinter: Der Klinik eine Art Grundfinanzierung für den nötigen Dauerbetrieb zu verschaffen, der laufen muss, egal, ob 10 oder 500 Patienten am Tag kommen.

Dieser sogenannte Fixkostendegressionsabschlag kennt zahlreiche Zusatz- und Ausnahmeregelungen. Auf jeden Fall dämpft er die Möglichkeiten, über Einwerben von mehr Patienten für Eingriffe automatisch die Einnahmen zu steigern.

Sachkostenkorrektur

§ 17b Absatz 1, Satz 6 im Krankenhausfinanzierungsgesetz nimmt seit 2016 auch die Möglichkeit aufs Korn, dass Kliniken womöglich generell für DRGs, bei denen sie vergleichsweise viel für Sachkosten bezahlen und vergleichsweise wenig für Per-

sonal, zu viel Erlös erhalten, da Sachkosten bei der Kalkulation der Gesamtbewertungsrelationen durch das InEK übergewichtet gewesen sein könnten. Daher sollte das Institut eine neue Kalkulationsgrundlage für die Bewertungsrelationen entwickeln. Sein Vorschlag für diese sogenannte Sachkostenkorrektur *grosso modo*: Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen aller Fallpauschalen sollte der Anteil der Sachkosten zusätzlich um 5,75 Prozent abgewertet, der für Personalkosten und Investitionen in Infrastruktur um 1,31 Prozent erhöht werden.

Entschieden werden solche Dinge allerdings von den „Vertragspartnern“, und die milderten den Eingriff etwas ab. Am 14. August 2016 beschloss Kassen und Krankenhausgesellschaft „Für das DRG-System 2017 erfolgen die aus dem vom InEK entwickelten Konzept resultierenden Korrekturen der Bewertungsrelationen anteilig in Höhe von 50 Prozent; für das DRG-System 2018 anteilig in Höhe von 60 Prozent“, erklärt dazu der GKV-Spitzenverband.

Das Verfahren soll den Krankenhäusern insgesamt kein Geld wegnehmen, verteilt je nach DRG zugunsten von personalintensiven Leistungen ein wenig um. Laut Reimbursement Institute hat die Korrektur am Ende 361 DRGs abgewertet, 844 aufgewertet. Nach Schätzungen aus anderer Quelle könnten orthopädische Abteilungen eher Verluste erleiden, an die 2 Prozent an Erlösen dadurch eingebüßt haben.

Und dann war da noch die **gezielte Absenkung einiger weniger Bewertungsrelationen**. Bei 6 orthopädischen Ziffern, es sind die I10D bis I10H – 2 konservative und 3 chirurgische Behandlungen an der Wirbelsäule, weiterhin die Implantation einer Hüftendoprothese nach I47C – wurde mit Start Jahr 2017 direkt in die jeweilige Bewertungsrelation interveniert. Sie werden pauschal um 5,75 Prozent abgesenkt. Macht seit Anfang 2017 etwa für die primäre Hüftendoprothese bei Patienten mit Arthrose einige Hundert Euro weniger. Die eingesparten Mittel werden auch hier wieder im Katalog aller Fallpauschalen umverteilt, in der Summe gibt es über alle Krankenhäuser zusammengenommen nicht weniger Geld. Wohl aber könnte der Ein-

griff zulasten der Kliniken mit großen orthopädisch-unfallchirurgischen Abteilungen gehen (*siehe das Interview Heller S. 134*).

Den Grund für diese Direktintervention bietet Satz 5 erster Abschnitt § 17 KHG, nach dem solche Absenkungen zu entwickeln sind für „Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind“.

Womit ein Reizthema schlechthin auf dem Tische läge. Es ist zumindest bei Knie- und Hüftendoprothetik heftig umstritten, ob wirtschaftlich begründete Mengenausweitungen vorliegen.

Der Bundesverband der Medizinproduktehersteller, BVMed erklärt prompt Nein und verweist auf eine vom ihm 2016 beauftragte Studie des IGES-Instituts, genannt Weißbuch Gelenkersatz. Tenor: „Die Eingriffszahlen folgen weitgehend der zunehmenden Alterung der Bevölkerung.“

Auch nicht gänzlich unerwartet die Reaktion bei den Kassen. Selbst Quellen, die „unverdächtig sind, als kassenfreundlich zu gelten“, hätten ausführlich über „demografisch nicht begründbare Mengenentwicklungen“ im Bereich Wirbelsäule und Hüftendoprothetik berichtet, so das Statement aus der Pressestelle des GKV-Spitzenverbands. Durch die neuen Kürzungen gebe es sicherlich keine Nachteile, vielmehr Vorteile für die Patienten, denn eine Reduktion unnötiger Operationen sei schlicht bessere Versorgungsqualität. Und wenn jetzt ausgerechnet Ärzte die Diskussion auf „reine Vergütungsfragen“ reduzierten, sei das sehr bedauerlich. Denn für geradezu „unvereinbar mit dem medizinischen Eid und der ärztlichen Standesethik“ hält man beim Kassenverband die Möglichkeit, dass nun an der Qualität gespart werden sollte.

Letzteres zielt auch auf die Position von Sprechern der Orthopädie, die sehr wohl Qualitätseinbußen befürchten.

Dabei kam der konkrete Beschluss mit Zielrichtung Orthopädie durchaus holprig zustande. Die für die Umsetzung zuständigen Kassen wie Krankenhausvertreter

konnten sich 2016 zunächst nicht einigen, erst auf Vermittlung einer Bundesschiedsstelle kam die Einigung auf die orthopädischen Ziffern zustande, die I47C wurde parallel ganz neu eingeführt, die Implantation einer Hüftendoprothese nach Fraktur so von den Abschlüssen ausgenommen.

Karl-Dieter Heller sieht obendrein taktische Gesichtspunkte dafür, dass es sein Fach getroffen hat. An kardiologische Eingriffe – auch schon mal hie und da unter Verdacht, aus wirtschaftlichen Gründen zu erfolgen, Stichwort Herzkatheteruntersuchungen – hätte man sich womöglich nicht herangetraut (*siehe das Interview Heller S. 134*).

Am Ende dürften aber viele Ausnahmeregelungen die monetären Effekte auch dieser Änderung wiederum in Grenzen halten:

- Bei den Ziffern I68D und E, 2 konservativen Eingriffen an der Wirbelsäule, kann sich ein Krankenhaus die Abschlüsse beim Erlös im Nachhinein bei den Kassen wieder zurückholen, wenn die Zahl der Fälle in der Klinik nicht über dem Medianwert aller Häuser im Bundesgebiet liegt.
- Alle von dieser direkten Absenkung betroffenen Fallpauschalen sind von der Fixkostendegression komplett ausgenommen.
- Die bei diesen Ziffern verringerte Bewertungsrelation ist und bleibt nur ein Parameter, der in die Ermittlung der tatsächlichen Fallpauschale eingeht. Anstiege beim Basisfallwert und Anpassungen bei den Werten für Zu- oder Abschlüsse bei möglichen Begleiterkrankungen eines Patienten, sein Alter, etc. können gegensteuern. Eine gewisse Absenkung bei Bewertungsrelationen bedeutet so auch nicht automatisch ein happiges Minus beim Erlös. So dürfte nach Darstellungen des Kölner Reimbursement Institute der durchschnittliche Erlös bei der Ziffer I47C von 2017 nach 2018 sogar leicht steigen – auf knapp 6880 Euro je Patient, bei erneut leicht gesunkener Bewertungsrelation (von 1,999 in 2017 auf 1,984 in 2018).

Weitere Infos

Übersichten zur Entwicklung des G-DRG-Systems etwa beim:

- GKV-Spitzenverband: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenver->

[sicherung/krankhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp)

- DIMDI: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/zweck/g-drg/>

Bernhard Epping